



**MEDICALCOVERAGE
INFORMATION / ИНФОРМАЦИЯ
О МЕДИЦИНСКОЙ
СТРАХОВКЕ**

ОФИС ОБЩЕСТВЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (CSO/HCS)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА CSO/HCS	СОДЕЙСТВИЕ
ИМЯ КЛИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КЛИЕНТА	
CLID	ДАТА	

ИНСТРУКЦИЯ: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Цель этой формы - выяснить, есть ли у вас частная страховка и/или страховка по программе Медикер. Вы можете иметь частную страховку и/или страховку Медикер, и все равно иметь страховку Медикейд. Если у вас есть страховка Медикейд и вы платите за частную медицинскую страховку, то мы, возможно, сможем помочь вам платить страховые взносы. Когда вы заполните эту форму, пожалуйста, возвратите ее в свой местный Офис Общественного Обслуживания (CSO/HCS). Если вам нужно больше места, вы можете воспользоваться дополнительным листом бумаги. Чтобы получить дополнительную информацию о программе помощи для уплаты страховых взносов, или если вам нужна помощь для заполнения этой формы, звоните по телефону 1-800-562-6136.

A. Есть ли у вас Медикер?	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ ЧЕЛОВЕКА, ИМЕЮЩЕГО МЕДИКЕР	НОМЕР ИСКА МЕДИКЕР
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЯ ЧЕЛОВЕКА, ИМЕЮЩЕГО МЕДИКЕР	НОМЕР ИСКА МЕДИКЕР

B. Есть ли у вас медицинская или зубоврачебная страховка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Была ли у вас медицинская или зубоврачебная страховка в последние 12 месяцев? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Это включает любую страховку, за которую платите вы или кто-либо другой, например, частная страховка, школьная страховка, дополнительная страховка для лиц, имеющих Медикер, групповая страховка, предоставляемая вашим работодателем, и т.д. Если да, заполните следующий раздел:

МЕДИЦИНСКИЙ ИЛИ ЗУБОВРАЧЕБНЫЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС НОМЕР 1		МЕДИЦИНСКИЙ ИЛИ ЗУБОВРАЧЕБНЫЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС НОМЕР 2			
НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
НОМЕР ТЕЛЕФОНА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
ИМЯ ПОДПИСЧИКА	SSN ПОДПИСЧИКА	ИМЯ ПОДПИСЧИКА	SSN ПОДПИСЧИКА		
НОМЕР ПОЛИСА	НОМЕР ГРУППЫ	НОМЕР ПОЛИСА	НОМЕР ГРУППЫ		
НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ/НОМЕР ГРУППЫ		НАИМЕНОВАНИЕ РАБОТОДАТЕЛЯ/НОМЕР ГРУППЫ			
НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА И НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА		НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА И НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА			
ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОДПИСЧИКА	ДАТА НАЧАЛА ПОЛИСА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА	ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОДПИСЧИКА	ДАТА НАЧАЛА ПОЛИСА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА
Укажите, кого покрывает этот полис:					
ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Отметьте услуги, которые покрываются вашим страховым полисом:	Отметьте услуги, которые покрываются вашим страховым полисом:
<input type="checkbox"/> Обслуживание в больнице (в стационаре) <input type="checkbox"/> Уход в домах для тяжелобольных и престарелых	<input type="checkbox"/> Уход в домах для тяжелобольных и престарелых
<input type="checkbox"/> Амбулаторное обслуживание в больнице <input type="checkbox"/> Зубоврачебное обслуживание	<input type="checkbox"/> Амбулаторное обслуживание в больнице <input type="checkbox"/> Зубоврачебное обслуживание
<input type="checkbox"/> Лекарства по рецепту/принадлежности <input type="checkbox"/> Услуги врачей	<input type="checkbox"/> Услуги врачей
<input type="checkbox"/> Очки/Обследование глаз	<input type="checkbox"/> Очки/Обследование глаз
<input type="checkbox"/> Другое (машина скорой помощи, терапия, услуги хиропрактика и т.д.)	<input type="checkbox"/> Другое (машина скорой помощи, терапия, услуги хиропрактика и т.д.)

C. Есть ли у вас страховка по долгосрочному уходу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, заполните следующий раздел:
Страховка по уходу в домах для тяжелобольных и престарелых? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Страховка по уходу в домах, где жильцам предоставляется ежедневная многосторонняя помощь (assisted living)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Страховка по уходу на дому? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
НОМЕР ТЕЛЕФОНА	НОМЕР ГРУППЫ	НОМЕР ПОЛИСА	ДАТА НАЧАЛА ПОЛИСА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПОЛИСА

ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКЕ Страница 2		CSO/HCS	CLID															
<p>D. Есть ли в вашем доме дети или еще не родившийся ребенок, за которых(ого) несет ответственность один из родителей, с которым не живет ребенок?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, впишите следующую информацию о каждом из родителей, с которым не живет ребенок.</p> <table border="1"> <tr> <th>ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА</th> <th>ДАТА РОЖДЕНИЯ</th> <th>НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ</th> <th>РЕБЕНОК(ДЕТИ)</th> <th>ПРИКАЗ СУДА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКОЙ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</td> </tr> </table>				ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	РЕБЕНОК(ДЕТИ)	ПРИКАЗ СУДА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКОЙ					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	РЕБЕНОК(ДЕТИ)	ПРИКАЗ СУДА ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКОЙ														
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет														
<p>E. Имеете ли вы страховку для военных?</p> <p>TRICARE <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет CHAMPVA <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Страховка для ветеранов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <table border="1"> <tr> <td>ЕСЛИ ДА, ИМЯ ПОРУЧИТЕЛЯ</td> <td>НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ</td> <td>НОМЕР ИСКА НА СТРАХОВКУ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ</td> </tr> </table>				ЕСЛИ ДА, ИМЯ ПОРУЧИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ	НОМЕР ИСКА НА СТРАХОВКУ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ												
ЕСЛИ ДА, ИМЯ ПОРУЧИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОРУЧИТЕЛЯ	НОМЕР ИСКА НА СТРАХОВКУ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ																
<p>F. Произошел ли с вами или с человеком, для которого вы подаете заявление, несчастный случай, требующий медицинского вмешательства? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ответьте на следующие вопросы:</p>																		
1. ДАТА, КОГДА ПРОИЗОШЕЛ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ	2. ОТМЕТЬТЕ МЕСТО, ГДЕ ПРОИЗОШЕЛ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ <input type="checkbox"/> В магазине/бизнесе <input type="checkbox"/> В доме или месте, которым владеет(ют) другой(ие) человек(ы) <input type="checkbox"/> Другое: <input type="checkbox"/> На работе <input type="checkbox"/> В машине <input type="checkbox"/> В школе <input type="checkbox"/> Дома																	
<p>a. Адрес того места, где произошел несчастный случай (улица, город и штат): _____</p> <p>b. Отметьте, был ли пациент <input type="checkbox"/> водителем; <input type="checkbox"/> пассажиром; <input type="checkbox"/> пешеходом; <input type="checkbox"/> гостем; <input type="checkbox"/> клиентом; <input type="checkbox"/> работником; <input type="checkbox"/> жильцом.</p> <p>v. Имели ли другие машины отношение к этой автомобильной аварии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имена и адреса других водителей:</p>																		
3. Имя(имена) человека(людей), пострадавших в этом несчастном случае:		4. Как произошел этот несчастный случай?																
ИМЯ	ВИД ТРАВМЫ																	
<p>5. Занимается ли какая-либо страховая компания этим несчастным случаем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имя застрахованного лица: _____ Название и адрес страховой компании: _____</p>																		
НОМЕР ИСКА	НОМЕР ПОЛИСА	ИМЯ РАБОТНИКА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ, УСТАНАВЛИВАЮЩЕГО СУММУ ВЫПЛАТЫ ПО СТРАХОВОМУ ПОЛИСУ (ADJUSTER)	НОМЕР ТЕЛЕФОНА															
<p>6. Подали ли вы другой иск в связи с этим несчастным случаем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите номер(а) иска(ов):</p> <table border="1"> <tr> <td>НОМЕР ИСКА, ПОДАННОГО В ОТДЕЛ ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ</td> <td>НОМЕР ИСКА ПОДАННОГО В УЧРЕЖДЕНИЕ, САМОСТОЯТЕЛЬНО СТРАХУЮЩЕ СВОИХ РАБОТНИКОВ</td> <td>НОМЕР ИСКА ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЯ</td> <td>ДРУГОЕ</td> </tr> </table>				НОМЕР ИСКА, ПОДАННОГО В ОТДЕЛ ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ	НОМЕР ИСКА ПОДАННОГО В УЧРЕЖДЕНИЕ, САМОСТОЯТЕЛЬНО СТРАХУЮЩЕ СВОИХ РАБОТНИКОВ	НОМЕР ИСКА ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЯ	ДРУГОЕ											
НОМЕР ИСКА, ПОДАННОГО В ОТДЕЛ ТРУДА И ПРОМЫШЛЕННОСТИ	НОМЕР ИСКА ПОДАННОГО В УЧРЕЖДЕНИЕ, САМОСТОЯТЕЛЬНО СТРАХУЮЩЕ СВОИХ РАБОТНИКОВ	НОМЕР ИСКА ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЯ	ДРУГОЕ															
<p>7. Занимается ли этим делом адвокат? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имя, адрес и телефон:</p>																		
Находится ли иск на рассмотрении? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Достигнуто ли урегулирование по этому иску? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, дата урегулирования: _____																	
<p>8. Какие финансовые/медицинские пособия вы получили или предполагаете получить в связи со своей травмой? Поясните:</p>																		
<p>Настоящим я разрешаю выдать всю необходимую информацию относительно уплаты страховых взносов или страхования, предоставляемого по любому страховому полису, который предоставляет страховку мне или человеку, на имя которого оформлен этот страховской полис, Отделу Социального Обслуживания и Здравоохранения с целью координации медицинского обслуживания. (WAC 388-505-0540)</p>																		
ПОДПИСЬ		ДАТА																

Как пользоваться своей частной медицинской страховкой и медицинской карточкой-удостоверением (купоном) для получения медицинского обслуживания.

В: Если у меня есть частная страховка, поможет ли мне все равно Медикейд?

О: Да. Наличие страховки Медикейд наряду с частной страховкой очень поможет вам. Если вы имеете право на Медикейд, мы, возможно, будем платить ваши суммы доплаты, "deductibles" (суммы медицинских расходов, которые вы должны уплатить сами, прежде чем эти расходы начнет оплачивать страховка), а также оплачивать услуги, которые ваша страховка не оплачивает.

В: Если у меня есть и частная страховка, и Медикейд, что я должен(а) сказать своим врачам или другим медработникам?

О: Важно, чтобы вы обращались к медработникам, принимающим и вашу частную страховку, и Медикейд (медицинскую карточку-удостоверение/купон). Когда вы пойдете к своему врачу и/или другому(им) медработнику(ам), покажите и свою карточку частной медицинской страховки, и свою медицинскую карточку-удостоверение. Спросите, примут ли они вашу частную страховку и примут ли они вашу медицинскую карточку-удостоверение для оплаты ваши суммы доплаты, "deductibles", а также услуг, которые ваша страховка не оплачивает. Если ваш медработник не принимает вашей страховки и Медикейд, то вы обязаны будете оплатить все полученное вами медицинское обслуживание.

В: Что мне делать, если мои врачи или другие медработники скажут, что они не принимают моей карточки частной медицинской страховки или моей медицинской карточки-удостоверения?

О: Вы должны искать медработников, которые принимают и Медикейд, и частную страховку. Возможно, что вам придется позвонить в свою страховую компанию, чтобы вам помогли найти медработников в вашем районе.

В: Что произойдет, если моя частная страховка не оплачивает какой-либо услуги?

О: Ваш врач сначала пошлет счет в вашу частную страховую компанию. Если данная услуга не оплачивается вашей страховкой, но оплачивается программой Медикейд, то он пошлет счет на оплату в программу Медикейд. Чтобы избежать проблем, всегда удостоверьтесь в том, что ваш медработник принимает нашу медицинскую карточку-удостоверение и посыпает счета в программу Медикейд.

В: Что мне нужно сделать для того, чтобы вы платили мои страховые взносы?

О: Позвоните нам. Нам нужна будет информация о вашей медицинской страховке, сумме ваших страховых взносов, о том, когда они должны быть уплачены, и платит ли их ваш работодатель. Когда у нас будет эта информация, мы сообщим вам, можем ли мы платить ваши страховые взносы.

В: Что мне нужно сделать для того, чтобы программа Медикейд платила мои суммы доплаты и "deductibles"?

О: Позвоните нам, чтобы убедиться в том, что у нас есть информация о вашей частной медицинской страховке. Код вашей страховки, состоящий из четырех цифр, напечатан на вашей медицинской карточке-удостоверении в столбце Страховка. Эта информация показывает медработнику, в какую страховую компанию следует послать счет, а также, что вы не обязаны платить суммы доплаты или "deductibles", когда вы получаете услуги, оплачиваемые программой Медикейд. Если возникнет вопрос об этом, вы или ваш медработник можете нам позвонить.

В: Попросят ли меня оплатить разницу между суммой, которую платит Медикейд, и суммой, на которую мой медработник выставляет счет?

О: Нет. Когда врачи и другие работники соглашаются работать с программой Медикейд, они соглашаются принять сумму, которую платит Медикейд, и не посыпать вам счет для оплаты разницы. Если случится, что вам пришлют счет, немедленно позвоните нам. Вам не могут выставить счет за услугу, оплачиваемую программой Медикейд.

В: Что если моя частная страховка закончится или изменится?

О: Важно, чтобы вы позвонили нам и известили нас о любых изменениях вашей страховки. Мы обновим информацию в вашем деле, и вы будете по-прежнему получать медицинское обслуживание по программе Медикейд, если вы имеете на это право.

В: Если у меня есть частная страховка на долгосрочный уход (LTC-long term care insurance), будет ли Медикейд все равно помогать мне?

О: Да. Медикейд может помочь оплачивать ваши расходы по LTC, если вы живете у себя дома, в доме, где жильцам предоставляется ежедневная многсторонняя помощь, или в доме для тяжелобольных и престарелых, если ваша страховка LTC не оплачивает всех расходов. Если страховка платит прямо вам, вы должны отправлять чеки, полученные из страховой компании, в Отдел Социального Обслуживания и Здравоохранения (DSHS).

В: Зачем мне сохранять страховку LTC, если я имею право на Медикейд?

О: Нет никакой гарантии того, что вы всегда будете иметь право на Медикейд. У вас могут появиться другие источники дохода или имущество, что может привести к потере права на Медикейд, или законодательный орган штата может уменьшить фонды на некоторые программы. Если вы отмените свою страховку LTC, то вы, возможно, не сможете снова получить ее. Страховка LTC также уменьшит обязательства по выплате денег из вашего имущества после вашей смерти.

В: Что если у меня есть другие вопросы?

О: Если у вас есть вопросы о вашей частной медицинской страховке, позвоните непосредственно в свой страховой план. Если вам нужна дополнительная помощь, касающаяся использования медицинской карточки-удостоверения для пользования своей частной медицинской страховкой, позвоните нам по нижеуказанному телефону.

ТЕЛЕФОН ДЛЯ БЕСПЛАТНЫХ ЗВОНКОВ 1-800-562-6136 Координация обслуживания
С понедельника по пятницу с 8:00 утра до 4:30 дня.